

ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЪЁМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Фомина М.П.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Ведущим методом диагностики объёмных образований яичников является ультразвуковое исследование. Особенно расширились диагностические возможности этого метода после внедрения в клиническую практику трансвагинальной эхографии. В ряде случаев выявление патологических внутрияичниковых образований без увеличения размеров яичника возможно только этим методом.

Цель работы – изучение возможностей дифференциальной ультразвуковой диагностики объёмных образований яичников у женщин репродуктивного возраста и причин ошибочных результатов.

Материалы и методы. Всего обследовано 48 (100%) пациенток в возрасте 20 – 35 лет с подозрением на опухоль яичников. Ультразвуковое санирование осуществляли при помощи ультразвукового аппарата «LOGIQ-500» с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков частотой 3,5 и 5 МГц 2 и более раз в разные фазы менструального цикла. Учитывая возможность спонтанной инволюции фолликулярных кист и кист жёлтого тела, при дифференциальной диагностике опухолевых и неопухолевых процессов яичников использовали динамический контроль в течение 2-х месяцев, позволяющий повысить точность диагностики и избежать неоправданных хирургических вмешательств. При выявлении в полости малого таза объёмного образования устанавливали его локализацию, оценивали форму и внутреннюю структуру, эхогенность и звукопроводимость, контуры, границы, подвижность и размеры. После завершения обследования давали заключение о его нозологии. Результаты УЗИ объёмных образований яичников сопоставляли с данными гистологического исследования удалённых тканей при хирургическом лечении.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных пациенток 17 (35,4%) жаловались на боли внизу живота и диспареунию, у 31 (64,6%) – объёмные образования в малом тазу обнаружены при профосмотре. Среди сопутствующих гинекологических заболеваний

наиболее часто (62,5%) встречался хронический воспалительный процесс гениталий.

В результате гистологического исследования операционного материала выявлены следующие объёмные образования яичников: серозные цистаденомы (13), муцинозные цистаденомы (2), дермоидные кисты (11), эндометриoidные кисты (12), параовариальные кисты (3), фолликулярные кисты (3), кисты жёлтого тела (4).

Серозные цистаденомы определялись выше дна матки как односторонние однокамерные округлые объёмные образования до 15 см. Серозные кистомы визуализировались у 11 (84,6%) больных в структуре яичника как полностью эхонегативные, с высоким уровнем звукопроводимости, чётким и ровным контуром образования, сходные с фолликулярными кистами. У 2 (15,4%) пациенток выявлены интралигаментарные серозные цистаденомы, причём в 1 случае опухоль с анэхогенной внутренней структурой была ошибочно принята за параовариальную кисту, во 2-м случае – в просвете кистомы определяли папиллярное разрастание высокой эхогенности на тонкой ножке.

Муцинозные цистаденомы обнаруживали при сонографии в виде овальных многокамерных образований с анэхогенным содержимым, с множественными перегородками толщиной 1 – 2 мм, с нежной мелкодисперсной гипозохогенной взвесью.

Дермоидные кисты яичников характеризовались выраженным акустическим полиморфизмом. У 6 (54,5%) пациенток тератомы имели однородную анэхогенную или гипозохогенную структуру с небольшим солитарным гиперэхогенным включением на внутренней поверхности (дермоидный бугорок). В 1 (9,1%) наблюдении дермоидная киста в виде эхопозитивного включения с участками сниженной эхогенности в структуре увеличенного яичника ошибочно была принята за tuboовариальный абсцесс. У 4 (36,4%) пациенток дермоидные кисты с гомогенной эхопозитивной структурой и размытыми контурами без солитарного эхогенного компонента сливались с окружающими тканями, имеющими сходное акустическое сопротивление («опухоль-невидимки»). В 1 (9,1%) случае такая тератома ошибочно была принята за эндометриoidную кисту. У 1 (9,1%) пациентки сонография позволила обнаружить внутрияичниковую дермоидную кисту диаметром 2,2 см, которая не определялась ни при бимануальном влагалищном исследовании, ни при лапароскопии.

Акустический вариант эндометриоидной кисты был тесно связан с длительностью её персистенции и активностью наружного эндометриоза. У 7 (58,3%) пациенток эндометриоидные кисты яичников визуализировали как однородные образования с низко- или среднеэхогенным содержимым, средней звукопроводимостью. В 5 (41,7%) случаях эндометриоидные кисты имели неоднородную эхоструктуру с хаотическими эхопозитивными включениями, формирующими ячеистость с мелкодисперсной взвесью.

Ультразвуковая диагностика параовариальных кист основывалась на визуализации односторонних округлых тонкостенных анэхогенных однокамерных образований без пристеночных компонентов и интактных яичников.

Фолликулярные кисты выявляли при эхографии как односторонние однородные округлые эхонегативные объёмные образования яичников, причём у 2 (66,7%) пациенток в течение 1 менструального цикла, у 1 (33,3%) – в течение 2-х циклов они подверглись полному спонтанному регрессу.

В 2 (50,0%) случаях кисты жёлтого тела яичников визуализировались как односторонние толстостенные, гипозоногенные, с неоднородной внутренней структурой объёмные образования со сгустками крови внутри, создававшими иллюзию плотных пристеночных компонентов, что дало основание подозревать злокачественную трансформацию. У 2 (50,0%) пациенток визуализировали типичные для кист жёлтого тела внутренние тонкие нежные перегородки в виде «паутины». В 3 (75,0%) случаях частичный регресс кисты жёлтого тела произошёл в течение 2-х менструальных циклов, в 1 (25,0%) – в течение 3-х циклов.

Таким образом, возможность проведения многократных ультразвуковых исследований органов малого таза в динамике позволяет в большинстве случаев избежать неоправданных операций при ретенционных кистах яичников (фолликулярные кисты, кисты жёлтого тела).

Заключение. Итак, ультразвуковое исследование является ценным методом, использование которого более чем в 85% случаев позволяет установить нозологическую принадлежность объёмного образования яичников, позволяя планировать доступ и объём оперативного вмешательства.